12

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 7 Juin 1899, à 1 heure*

PAR

Emile PASQUIER

Né à Angers le 8 Avril 1872.

# DE L'HYSTÉRECTOMIE

## ABDOMINALE TOTALE

DANS LE

# CANCER DE L'UTÉRUS

*Président :* M. TERRIER, professeur.

*Juges :* MM. PINARD, professeur.

WALTHER et LEPAGE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimerie de la Faculté de Médecine

15, Rue Racine, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899 — **THÈSE** — N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 7 Juin 1899, à 1 heure*

PAR

Emile PASQUIER

Né à Angers le 8 Avril 1872.

# DE L'HYSTÉRECTOMIE

## ABDOMINALE TOTALE

DANS LE

# CANCER DE L'UTÉRUS

*Président :* M. TERRIER, professeur.
*Juges :* MM. PINARD, professeur.
WALTHER et LEPAGE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
**JOUVE & BOYER**
Imprimerie de la Faculté de Médecine
15, Rue Racine, 15

**1899**

## UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

**Doyen : M. BROUARDEL.**

| PROFESSSEURS : | MM. |
|---|---|
| Anatomie | FARABEUF |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL |
| Chimie organique et chimie minérale | GAUTIER |
| Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et thérapeutiques générales | BOUCHARD |
| Pathologie médicale | HUTINEL<br>DEBOVE |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | CORNIL |
| Histologie | Mathias DUVAL |
| Opérations et appareils | TERRIER |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | LANDOUZY |
| Hygiène | PROUST |
| Médecine légale | BROUARDEL |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | N... |
| Pathologie expérimentale et comparée | CHANTEMESSE |
| Clinique médicale | POTAIN<br>JACCOUD<br>HAYEM<br>DIEULAFOY |
| Maladies des enfants | GRANCHER |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | FOURNIER |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND |
| Clinique chirurgicale | BERGER<br>DUPLAY<br>LEDENTU<br>TILLAUX |
| Clinique ophtalmologique | PANAS |
| Clinique des maladies des voies urinaires | GUYON |
| Clinique d'accouchement | BUDIN<br>PINARD |

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| MM. | MM. | MM. | MM. |
|---|---|---|---|
| ACHARD | DESGREZ | LEJARS | THIERY |
| ALBARRAND | DUPRÉ | LEPAGE | THIROLOY |
| ANDRÉ | FAURE | MARFAN | THOINOT |
| BONNAIRE | GAUCHER | MAUCLAIRE | VAQUEZ |
| BROCA Auguste | GILLES DE LA TOURETTE | MÉNÉTRIER | VARNIER |
| BROCA André | HARTMANN | MERY | WALLICH |
| CHARRIN | LANGLOIS | ROGER | WALTER |
| CHASSEVANT | LAUNOIS | SEBILLEAU | WIDAL |
| DELBET | LEGUEU | TEISSIER | WURTZ |

Chef des Travaux anatomiques.......... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Hommage d'affectueuse reconnaissance.

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

À MES MAITRES DE L'ECOLE D'ANGERS

À MES PROFESSEURS

DE LA FACULTÉ DE PARIS

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Avant de commencer ce travail, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements à tous ceux qui nous ont aidé à mener à bien nos études médicales.

Que nos chers parents reçoivent d'abord l'expression de notre reconnaissance pour les bons conseils et les encouragements qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer.

Nous prions M. le Docteur Monprofit, professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu d'Angers, d'agréer nos remerciements pour les excellentes leçons qu'il nous a données et pour l'amabilité qu'il nous a toujours montrée pendant notre passage à l'Ecole d'Angers. Les moments trop courts que nous avons pu passer dans son intéressant service nous laisseront le meilleur souvenir. Il nous a procuré le sujet de cette thèse et fait profiter de ses savants conseils ; nous ne saurions trop l'en remercier.

Nous sommes heureux de remercier également le Docteur Legludic, directeur de l'Ecole de Médecine d'Angers de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Nos professeurs à Angers ont également droit à

notre reconnaissance. Nous n'oublierons jamais les excellentes leçons d'anatomie de MM. Mareau et Charrier non plus que les savants cours professés par MM. Legludic, Bahuaud, Douet, Tesson, Jagot et Sarrazin.

A l'Hôtel-Dieu d'Angers, MM. Dezanneau, Feillé. Tesson et Thibault nous ont initié au diagnostic des différentes maladies ; nous conserverons toujours, de leur enseignement, le plus agréable souvenir.

Nous n'oublions pas que nous avons suivi les savantes cliniques d'ophtalmologie de M. le Docteur Motais, nous sommes heureux de le remercier de son enseignement.

Nous exprimons à M. le Docteur Mullois, ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu d'Angers, toute notre gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée dans les rapports que nous avons eus avec lui.

Que M. le professeur Hayem daigne recevoir l'expression de notre reconnaissance pour le savant enseignement qu'il nous a donné pendant le temps que nous avons passé dans son service à Paris.

Nous prions enfin M. le professeur Terrier d'agréer nos sincères remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

# INTRODUCTION

Le cancer de l'utérus par sa gravité, par les douleurs intolérables dont il est accompagné, par les métrorrhagies considérables qu'il cause et qui affaiblissent les malades a toujours intéressé au plus haut point médecins et chirurgiens. Une des plus grandes préocupations de ces derniers a été le traitement de cette redoutable affection ; malheureusement chaque traitement médical nouveau n'amenait aucun soulagement dans l'état des malades ; chaque nouvelle opération devenait inutile par la rapidité de la récidive, quelquefois même donnait un nouvel élan à la marche du néoplasme. Les cautérisations par les substances chimiques n'ont donné que des résultats illusoires ainsi que la cautérisation au fer rouge. On chercha alors à enlever le mal par une opération et on fit des hystérectomies partielles ; parmi celles-ci celle qui eût le plus de partisans fût l'amputation du col qu'Osiander avait le premier pratiqué suivi dans cette voie par Dupuytren et Lisfranc. On fit cette opé-

ration soit avec l'écraseur, soit avec l'anse ou le couteau galvanique, soit enfin avec le bistouri sans que les résultats fussent bien favorables. Souvent même la récidive emportait la malade avant la cicatrisation complète du moignon.

Alors certains chirurgiens n'hésitèrent pas devant tous les insuccès à préconiser l'ablation totale de l'organe. Freund le premier l'avait tenté par la voie abdominale mais son opération fût bientôt délaissée comme beaucoup trop grave, pour être remplacée par l'hystérectomie vaginale bien plus séduisante.

Cette dernière ayant donné quelques succès fut immédiatement acceptée et préconisée comme méthode de choix pour l'extirpation de l'utérus cancéreux. Les résultats cependant n'étaient pas bien merveilleux, puisqu'en 1885, en présence de la statistique de Schrœder qui n'avait obtenu la guérison que dans 15 pour 100 des cas, M. Schwartz écrivait : « On se demande, en voyant ces résultats et en leur comparant ceux que l'on obtient par les opérations plus bénignes et moins radicales, s'il est permis d'exposer une femme aux dangers d'une opération aussi grave pour courir aussi peu de chances de guérison définitive ». Malgré cela, l'hystérectomie vaginale fut pratiquée de plus en plus et chaque chirurgien y apportant de nouveaux perfectionnements en même temps que l'antisepsie était plus rigoureusement observée, les statistiques s'améliorèrent très sensiblement.

Aujourd'hui, la plus grande partie des chirurgiens pratique l'extirpation totale de la matrice dans le cancer ; il n'y a plus d'hésitation à ce sujet. Le plus grand nombre se sert encore de la voie vaginale, cependant, dans ces dernières années, quelques-uns d'entre eux eurent l'idée de revenir à l'opération de Freund.

Les résultats ne furent pas plus mauvais que dans l'hystérectomie vaginale et la méthode de Freund paraît même avoir quelques avantages sur cette dernière.

M. le docteur Monprofit, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers, ayant eu l'occasion de pratiquer douze fois cette opération, nous engagea alors à faire une étude de la question.

Nous avons l'intention dans ce court travail de montrer les avantages que présente l'hystérectomie abdominale totale telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui ; nous publierons à l'appui les douze observations recueillies dans le service de M. Monprofit.



# Historique

---

D'après Velpeau la méthode hypogastrique d'ablation de l'utérus pour cancer aurait été proposée en 1814 par Gutberlet et ce serait Langenbeck qui en aurait fait le premier l'application : l'opérée succomba rapidement. L'opération ne fut reprise qu'en 1830, par Delpech, qui pratiqua une hystérectomie vagino-abdominale.

L'opération fut alors délaissée devant les insuccès de ceux qui avaient eu la hardiesse de la tenter. On essaya la voie vaginale qui paraissait la moins dangereuse. Coudereau proposa en 1876 un procédé d'extirpation de l'utérus par le vagin et Hennig, la même année, opéra par cette voie une femme de 45 ans qui guérit malgré une blessure du rectum suturée immédiatement.

C'est à Freund en 1878 que revient l'honneur d'avoir pratiqué la première hystérectomie abdominale totale. C'est de ses travaux que date véritablement l'histoire de cette opération.

Le 30 janvier 1878, Freund opéra une femme de 62 ans atteinte d'un cancer du col.

Il divisa son opération en quatre temps :

1er temps. — Incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche, traction sur l'utérus.

2e temps. — Ligature des ligaments larges en trois étages.

3e temps. — Séparation de l'utérus de la vessie ; incision du vagin ; ablation de l'utérus.

4e temps. — Suture du vagin en y comprenant le péritoine ; fermeture de la plaie abdominale.

L'opération dura deux heures ; la femme guérit et était encore en état de santé parfaite en 1893 (1).

Malgré ce beau succès et après plusieurs tentatives isolées, l'opération fut délaissée et quoique l'intervention de Schrœder par la voie vaginale donnât autant d'insuccès, tous les chirurgiens l'adoptèrent avec enthousiasme.

Dans ces dernières années, les perfectionnements de la méthode abdominale et les insuccès de la méthode vaginale firent revenir un certain nombre de chirurgiens à l'opération de Freund.

D'après M. Picqué, celle-ci est en effet pratiquée depuis 1890 en Allemagne par Gusserow, Zweifel, Hoffmeier, Schauta, Kustner, Clarck ; en Amérique par Pryor ; en Belgique par Jacobs.

(1) Picqué. Bulletin de la Société de chirurgie, 1898, p. 1191.

D'après nos recherches, ce fût M. Monprofit qui, en 1895, employa cette méthode pour la première fois en France, chez la malade qui fait le sujet de notre observation I.

En 1896, M. Terrier pratique quatre hystérectomies abdominales totales pour cancer, toutes quatre avec succès.

Depuis, un grand nombre de chirurgiens pratiquent cette opération ; en France notamment il faut citer MM. Terrier, Quénu, Michaux, Reynier, Faure, Hartmann, etc.



## Indications et contr'indications

Les conditions nécessaires pour qu'un cancer de l'utérus soit opérable, c'est que le mal soit assez bien limité ; qu'il n'ait pas gagné la base des ligaments larges ou les culs-de-sac vaginaux. Dans ces cas en effet, le territoire lymphatique environnant est envahi et enlèverait-on toutes les parties malades que la récidive se reproduirait fatalement : C'est le cas d'une malade faisant le sujet de l'observation III. Quoique l'utérus fut mobile et les culs-de-sac vaginaux légèrement pris, la maladie récidiva et la femme fut emportée par l'extension de son cancer. C'est surtout lorsque le cul-de-sac antérieur est pris que l'opération devient presque impossible. Dans ce cas, en effet, il est bien rare que la vessie ne soit pas envahie et il est alors très difficile de la séparer de l'utérus ; y arriverait-on que l'opération serait inutile, une partie du mal seulement ayant été enlevée.

Il faut également que le néoplasme n'ait pas envahi la base des ligaments larges. Là encore la

présence de l'uretère rendrait toute opération inutile. M. Quénu cependant, opérant un cancer de l'utérus par l'hystérectomie abdominale, étant tombé sur une masse néoplasique englobant l'uretère, put disséquer ce dernier et l'isoler ; la malade guérit mais il ne faut pas compter obtenir toujours un pareil résultat. La récidive, dans ce cas, sera à craindre à brève échéance car il est difficile d'admettre que l'uretère ait été libéré de tout tissu néoplasique.

Doit-on toujours pratiquer l'hystérectomie abdominale dans le cancer du col ?

Lorsque l'utérus est bien libre, qu'il est mobile et que le cancer est bien limité au col, la voie vaginale paraît toute indiquée ; elle ne sera cependant praticable qu'à la condition que le col de l'utérus soit assez résistant. Il est nécessaire en effet pour mener à bien l'hystérectomie vaginale que l'utérus puisse être attiré fortement vers la vulve et il est impossible d'arriver à ce résultat si le néoplasme est mou et friable. Dans ce dernier cas, il est préférable d'enlever l'utérus par la voie abdominale.

Quant au cancer du corps il n'est pas douteux qu'il soit plus avantageux de faire son extirpation par la voie abdominale, à condition toujours, qu'il n'ait envahi ni les culs de sac vaginaux, ni les ligaments larges. Lorsque l'utérus cancéreux atteint un assez gros volume, il serait impossible de l'extraire par la voie vaginale sans la morceler et on voit faci-

lement les conséquences qui découlent de ce procédé au point de vue de la septicémie ou de la dissémination du néoplasme. Dans les cas même où l'utérus n'est pas augmenté de volume il est préférable de prendre la voie abdominale, car il est, en général, trop mou et trop friable pour résister aux tractions considérables qu'on est forcé de lui faire subir en opérant par le vagin.

En résumé on doit opérer par la voie abdominale :

1° Dans le cancer du col.

Toutes les fois que par sa friabilité, il ne présentera pas aux pinces une prise suffisante.

2° Dans le cancer du corps.

Toutes les fois que l'utérus sera mobile et que le néoplasme sera bien limité à l'organe.



## Procédé opératoire (1)

*Préparation de la malade.* — Les soins préliminaires donnés à la malade sont ceux de toute laparatomie.

L'antisepsie soigneuse du vagin étant de toute nécessité. voici les soins que l'on donnera à la malade

(1) Nous reproduisons à titre de document les deux techniques suivantes tirées de la communication de M. Picqué à la Société de Chirurgie, le 28 décembre 1898 :

« *Technique de Riess.* — Avant l'opération. Nettoyage du col par le vagin et suture du museau de tanche avec de la soie pour éviter la dissémination de produits septiques dans le ventre.

Opération I. — Incision du vagin autour du col par le vagin.

II. — Ouvertures du ventre.

1° Ligatures sur les vaisseaux ovariens, puis section du ligament large et application d'un clamp sur le moignon utérin du ligament.

2° Incision du péritoine au niveau de l'uretère, puis au-dessus de l'artère iliaque primitive ; dissection de ce conduit jusqu'à la hauteur de la bifurcation des vaisseaux iliaques primitifs.

3° On applique alors des ligatures sur le ligament large,

à ce sujet : Quelques jours avant l'opération on la purgera et on lui fera prendre quelques bains savonneux. On fera des injections vaginales fréquentes ; pendant ces injections on aura soin de nettoyer

en dehors de l'uretère et des clamps du côté de l'utérus, après section du ligament.

4° L'uretère est ensuite de nouveau disséqué jusqu'au niveau de la face postérieure de la vessie ; après quoi, on dissèque le péritoine de la face antérieure de l'utérus jusque près de la vessie.

5° Ligature de l'utérus (artères et veines) près de leur origine.

Cela fait on s'efforce d'enlever tout le tissu cellulaire, même en disséquant, autant que possible, la région des vaisseaux iliaques externes et internes ; on s'efforce aussi d'enlever le plus de ganglions possibles.

« *Technique de Peiser.* — 1° Introduction de sondes fines dans les deux uretères (Clark).

2° Ouvertures du ventre.

3° Ligatures des vaisseaux utéro-ovariens, à la partie la plus élevée et la plus externe des ligaments larges.

4° Première incision du péritoire pariétal, parallèle à l'uretère, et s'étendant jusqu'au point de bifurcation de l'artère iliaque primitive ; cette incision sera faite sur une sonde cannelée.

5° De cette première incision péritonéale, on en a fait partir deux autres, courbes, passant l'une en avant l'autre en arrière de l'utérus.

6° Dissection prudente du péritoine, de manière à tailler deux lambeaux péritonéaux, en avant et en arrière de l'utérus.

7° On découvre d'abord les ganglions situés en dehors de l'iliaque primitive et on les enlève ; ce sont les ganglions iliaques externes.

8° On enlève ensuite les ganglions hypogastriques et tout le tissu cellulaire compris dans le triangle formé par l'artère

minutieusement la cavité vaginale à l'aide d'un tampon d'ouate monté sur une pince à pansement. Si le cancer atteint le col et s'il fait saillie du côté du vagin sous forme d'un champignon mollasse et fongueux il faudra cautériser largement ces parties pour éviter le plus possible les chances de contamination au cours de l'opération.

En outre, on introduit dans la cavité utérine un petit tampon de gaze ou de coton hydrophile imbibé d'une solution antiseptique.

La veille de l'opération, on nettoie soigneusement en la brossant la paroi abdominale et on rasera le pénil et les organes génitaux externes.

*Opération.* — La malade étant anesthésiée au

iliaque externe, l'artère hypogastrique et le pubis ; toutes ces manœuvres doivent s'effectuer sans le secours d'un instrument tranchant.

9° On dissèque, on nettoie ensuite tout ce qui se trouve en dedans de l'artère hypogastrique et en arrière de celle-ci, près de l'origine de l'artère utérine.

10° Ligature des vaisseaux utérins et section.

11° Ablation de tout le ligament large, en ayant bien soin de refouler l'uretère en dehors de manière à l'éviter.

12° On attaque ensuite les ganglions sacrés, que l'on enlève avec le tissu cellulaire voisin.

13° On attaque ensuite le Douglas.

14° On nettoie ensuite tout ce qui se trouve dans la vessie et l'utérus mais en ayant soin de ménager l'uretère.

15° Incision du vagin à un centim. et demi au-dessous du col, au thermo-cautère.

16° Réunion des lames péritonéales. »

chloroforme ou à l'éther, le chirurgien et ses aides, après s'être soigneusement aseptisés les mains et les avant-bras, font l'antisepsie de la paroi abdominale. On savonne d'abord l'abdomen, puis on le lave avec soin à l'alcool d'abord, au sublimé ensuite, en insistant surtout sur la région ombilicale plus difficile à aseptiser.

Ceci fait, on limite le champ opératoire par quatre grandes compresses aseptiques reliées aux angles par quatre pinces hémostatiques.

La table d'opération sur laquelle est couchée la malade doit être à bascule de façon à pouvoir facilement et instantanément mettre la malade dans la position de Trendelemburg.

Le chirurgien se place à la droite de la malade, son principal aide lui faisant face à gauche de cette dernière.

Les instruments nécessaires à l'opération (dont nous jugeons inutile de donner la nomenclature renvoyant à ce sujet aux traités de chirurgie) étant placés à sa portée, le chirurgien trace au bistouri une incision médiane de l'ombilic au pubis comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; puis incision de la gaîne d'un des muscles droits, division longitudinale des fibres de ce dernier et ouverture du péritoine.

On a eu soin de placer au cours de ces incisions les pinces hemostatiques nécsssaires sur les vaisseaux sectionnés.

A ce moment on bascule la table d'opération de manière à placer l'opérée dans la position de Trendelemburg. Cette position est indispensable pour mener à bien l'opération, le chirurgien n'étant plus gêné par la masse intestinale que son propre poid entraîne du côté du diaphragme laissant le petit bassin complètement libre. On a soin d'ailleurs de repousser davantage encore la masse intestinale et de la couvrir entièrement de grandes compresses aseptiques.

La valve abdomino vaginale du Dr Monprofit est alors appliqué sur l'extrémité pubienne de l'incision, dont elle écarte largement les lèvres permettant de pratiquer à l'aise toutes les manœuvres sur l'utérus. De plus cette valve étant reliée à une autre pièce vaginale faisant crochet tient seule en place et économise ainsi un aide toujours encombrant à cet endroit.

Tout cela fait on aperçoit l'utérus en place et il est facile de l'attirer le plus possible au dehors à l'aide d'une pince à griffes. Cette manœuvre facilite considérablement l'opération et est même presque indispensable.

On place alors une pince hémostatique sur l'artère utéro ovarienne et on la coupe en dedans de cette pince ; on en place une seconde sur l'artère du ligament rond qu'on sectionne également. L'utérus libéré ainsi est attiré davantage et on aperçoit le plus souvent l'artère utérine sur laquelle on place une pince et on termine la section du ligament large. Le même

procédé est appliqué de l'autre côté de l'utérus et celui-ci se trouve libéré de ses annexes presque sans perte de sang.

On découpe alors sur la face antérieure de l'utérus une demi-collerette péritonéale que l'on décolle le plus loin possible. Renversant l'utérus en avant on en dissèque une semblable sur la face postérieure et on la libère également.

L'utérus ne tient plus alors que par ses insertions vaginales qu'il est facile de sectionner dans un dernier temps.

Après s'être assuré que l'hémostase est complète on lie à la soie toutes les artères pincées au cours de l'opération. On fait, à la soie forte, sur les ligaments larges de chaque côté, trois ligatures correspondant aux trois vaisseaux saisis au cours de l'opération.

On suture le vagin à la soie ainsi que les collerettes péritonéales par des points séparés.

On fait alors une toilette minutieuse du petit bassin. On enlève la valve ainsi que les compresses placées au début sur la masse intestinale et on replace la malade dans la position horizontale.

On ferme la paroi abdominale par trois plans de sutures à points séparés ; le premier à la soie sur le péritoine, le second également à la soie sur le muscle droit incisé ainsi que son aponévrose, le troisieme au crin de Florence comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

On fait le pansement de la plaie abdominale et plaçant la malade dans la position obstétricale on fait un tamponnement à la gaze iodoformée.



## Hystérectomie vagino-abdominale

La malade ayant été préalablement aseptisée avec le plus de soins possible comme pour l'hystérectomie abdominale, est placée dans la position obstétricale après avoir été anesthésiée soit au chloroforme soit à l'éther.

Cela fait, on donne une dernière injection vaginale, on place deux valves sur les parois antérieure et postérieure du vagin et on les fait maintenir en place par un aide. On saisit alors le col de l'utérus avec une pince à griffes et on l'attire le plus possible à la vulve. On trace au bistouri une incision circulaire de la muqueuse du col à un centimètre de l'orifice de ce dernier. On décolle ensuite la muqueuse le plus loin possible de façon à libérer l'utérus.

Ceci fait, il est bon de placer par le vagin quatre pinces tire-balle dans chacun des culs de sac vaginaux; l'une antérieure, l'autre postérieure, les deux autres latérales ; on place ces pinces sur l'incision même qu'on vient de pratiquer autour du col. Cette manœuvre fournit à l'opérateur un point de repaire impor-

tant ; lorsqu'il sera sur le point de détacher l'utérus du vagin par la voie abdominale il suffira en effet de faire pousser les pinces vaginales par un aide ; celles-ci faisant saillie du côté de l'abdomen indiqueront l'endroit précis où il est nécessaire d'inciser. Cette manœuvre introduite dans la pratique par M. Montprofit, permet beaucoup plus sûrement d'enlever tout le mal, même lorsque le néoplasme a envahi légèrement les parois vaginales.

On fait très complètement l'hémostase de cette plaie, puis un tamponnement vaginal.

On replace la malade dans la position horizontale et on fait l'hystérectomie abdominale telle qu'elle a été décrite plus haut.

Les précautions les plus minutieuses doivent être prises au sujet de l'antisepsie par le chirurgien et ses aides après l'intervention par le vagin. La désinfection des mains et des bras devra être faite aussi complètement qu'au début de l'opération, et aucun des instruments ayant servi dans le vagin ne devra être employé dans l'hystérectomie abdominale.



## Avantages de l'hystérectomie abdominale totale

M. Reynier disait à la Société de chirurgie au mois de novembre 1898 :

« L'hystérectomie abdominale totale est devenue à l'heure actuelle une opération si courante, si bien réglée qu'avec raison on a été porté à étendre son application.

Réservée au début aux fibrômes, dans ces derniers temps elle a été faite dans les cas de cancer utérin.

Les chirurgiens américains ont été les premiers à se lancer dans cette voie ; ici, en France, MM. Quénu et Michaud nous apportaient, au mois de mars dernier, des observations de malades opérées pour épithélioma utérin.

Moi-même, presque à la même époque, puisque ma première opération date de 1898, je tentai d'enlever les utérus cancéreux, épithélioma du col et épithélioma de la cavité, par l'abdomen.

Dans mes opérations je fus frappé de tous les avantages qu'il y avait à aborder par cette voie la lésion.

Ici encore la supériorité de la voie abdominale s'affirmait pour moi sur la voie vaginale. Je devenais très partisan de cette opération et je continuai pendant toute cette année mes tentatives. J'ai pu ainsi opérer huit cancers utérins ».

Comme on le voit, M. Reynier se déclare très partisan de la voie abdominale quoiqu'il ait eu deux morts sur les huit cas qu'il présentait.

Déjà à l'étranger, Mackenrodt en 1895 exposant quelques considérations sur la technique de l'extirpation du cancer de l'utérus, tout en reconnaissant l'impuissance fréquente de la chirurgie en face de cette affection, admettait que l'hystérectomie abdominale pourrait abaisser dans une certaine mesure le total des cas inopérables, notamment quand il y a des infiltrations légères des ligaments. C'est, d'après cet auteur, en diminuant de plus en plus les chances d'infection que les résultats de l'opération seront plus favorables.

En Belgique, Jacobs est partisan absolu de la voie abdominale en raison de l'adénopathie constante qui accompagne le cancer ; l'hystérectomie vaginale n'est pour lui qu'une opération paliative puisqu'elle ne permet pas l'ablation des ganglions malades.

M. Goubaref, de Moscou, est du même avis et

affirme qu'il est nécessaire d'enlever les ganglions qui se trouvent à la base du ligament large ; pour lui l'hystérectomie abdominale totale est la seule qui permette cette extirpation et pour cette raison, lui paraît l'opération de l'avenir dans le cancer utérin.

M. Jonnesco, de Bucarest, estime également que la voie abdominale est la plus sûre et la plus efficace car elle permet d'enlever en totalité les organes malades et de faire une hémostase plus complète.

M. Terrier, en 1898, résumant tous les cas d'hystérectomie abdominale totale qu'il avait pratiquées et parmi lesquelles se trouvaient neuf cas de cancer utérin avec deux décès seulement, disait : « Je puis vous dire, ayant suivi la plupart de mes opérées, que les suites ne sont guère plus brillantes que celles qu'on obtenait jadis avec l'hystérectomie vaginale.

« On peut dire dès maintenant qu'elles sont mauvaises et cependant il est plus facile ici de faire une large opération, voire même d'enlever les ganglions dégénérés.

L'hystérectomie abdominale totale paraissait devoir être supérieure à l'hystérectomie vaginale pour éviter ou plutôt retarder les récidives. Je ne crois pas que cet espoir soit bien jusuifié ».

Quels sont donc les avantages de cette opération pour que la majorité des chirurgiens se rallient à cette manière de faire ?

Nous croyons pouvoir les résumer ainsi :

1° Plus grande facilité de l'opération ;

2° Hémostase plus facile et plus parfaite;

3° Contamination moins à craindre;

4° Possibilité d'enlever plus de tissu malade et d'extirper même les ganglions qui existent toujours à la base des ligaments larges.

1° *Plus grande facilité de l'opération.* — Lorsque l'utérus cancéreux est volumineux et atteint le volume d'une tête d'enfant il est presqu'impossible de l'extirper par la voie vaginale. On sera dans ce cas obligé de morceler la tumeur pour pouvoir l'extraire; mais alors on conçoit le grand danger d'une semblable opération. Des parcelles cancéreuses détermineront du côté du péritoine, une péritonite mortelle et si cet accident ne se produit pas la récidive se fera promptement. On ne peut avoir la prétention, en effet, après un pareil morcellement d'extraire tout le mal et de faire un nettoyage complet du petit bassin. La voie abdominale en permettant d'abord de ne pas morceler la tumeur, puis une fois celle-ci enlevée, de faire un lavage soigneux et complet du petit bassin est donc bien préférable à ce point de vue.

Même lorsque la tumeur est de petit volume il n'est pas toujours facile d'opérer au fond du vagin. Les pinces placées sur les ligaments larges ne le sont pas toujours aisément. Dans la première des observations que nous publions, l'hystérectomie abdominale ayant été précédée de l'effondrement des culs de sac

vaginaux et de la mise en place de deux pinces sur les ligaments larges, la pince gauche n'avait pu être poussée à fond. On devine aisément les dangers que courrait la malade si l'opération avait été faite exclusivement par la voie vaginale.

2° *Hémostase plus facile et plus parfaite.* — Dans l'hystérectomie vaginale où on ne peut voir ce qui est pincé, ce qui est coupé, il est bien difficile de savoir si on place vraiment ses pinces sur du tissu sain. Si celles-ci ont été mises sur du tissu malade et dégénéré, l'hémorrhagie tardive et foudroyante ne tardera pas à se produire après la chute des pinces. Par la voie abdominale, au contraire, on a l'utérus et ses annexes presque sous les yeux, grâce à la position de Trendelemburg ; il est donc facile de pincer et de lier successivement chaque artère en plein tissu sain sans craindre d'hémorrhagie tardive. L'opération se fait pour ainsi dire sans écoulement de sang, ce qui est précieux au point de vue des suites opératoires.

3° *Contamination moins à craindre.* — Nous ne saurions mieux faire à ce sujet que de reproduire les paroles de M. Monprofit au Congrès de Chirurgie de 1897 :

« Si on aborde de semblables tumeurs par la voie vaginale, le col peut avoir conservé sa fermeté et sa résistance, les tractions sur lui conservent leur efficacité, mais lorsqu'on arrive sur le corps utérin, les tissus se déchirent, les pinces n'ont plus de prise,

et on se trouve en présence d'une tumeur maligne déchirée et saignante ; on a donc à la fois et les risques d'une hémostase très difficile à bien faire, sinon impossible, et les dangers d'infection immédiate et secondaire par le contenu septique de la matrice, d'où dangers immédiats de septicémie, et éloignés de récidive assurée et parfois rapide d'un néoplasme malin. Le seul moyen d'obtenir un bon résultat dans l'ablation de telles tumeurs est de les enlever *fermées comme un sac contenant un liquide excessivement septique pouvant inoculer immédiatement une septicémie et pour l'avenir des greffes cancéreuses* ».

En intervenant par la voie abdominale, les tractions sur l'utérus sont bien moins fortes, parce qu'on est plus à l'aise pour le séparer des organes qui l'entourent et on arrive beaucoup plus facilement à l'entraîner en entier, sans le rompre.

Néanmoins l'utérus est quelquefois si friable au niveau de l'union du corps et du col que les tractions faites avec le plus de précaution possible finissent par le rompre même par la voie abdominale. Dans ce cas même il est beaucoup plus facile que dans l'hystérectomie vaginale de débarrasser le petit bassin de tout produit septique. Le fait s'est produit chez la malade qui fait le sujet de notre observation X, le moignon restant fut immédiatement recouvert d'une large compresse aseptique pour éviter que des parcelles aillent se loger dans des replis péritonéaux ; de plus

une fois ce reste de tumeur énucléé on fit une toilette du péritoine très minutieuse et les suites opératoires furent excellentes, ce qui n'aurait certainement pas eu lieu dans une hystérectomie vaginale où le même accident se fût produit.

C'est lorsqu'on soupçonne des cas de ce genre qu'il est bon de pratiquer l'hystérectomie vagino-abdominale. Une fois le col de l'utérus libéré et les culs de sacs vaginaux ouverts l'organe sera beaucoup plus facilement enlevé par l'abdomen. Chez la malade dont il est question plus haut, on avait cependant fait cette opération préalable mais l'utérus était tellement friable qu'aucune pince n'y pouvait tenir.

*4° Possibilité d'enlever plus de tissu malade et d'extirper même les ganglions qui existent à la base des ligaments larges.*

Il est certain que par la voie abdominale on est plus sûr que par la voie vaginale d'enlever tout le tissu malade. Notamment en ce qui concerne l'envahissement des parois vaginales lorsqu'il est peu prononcé on peut faire porter l'incision du vagin plus en avant de manière à ne rien laisser de néoplasique.

Quant à l'extirpation des ganglionss de la base des ligaments larges, M. Goubaref de Moscou y attache une grande importance. Pour lui, cette considération prime toutes les autres, et c'est elle qui le détermine à adopter la voie abdominale.

M. Jacobs est également très partisan de « l'évi-

dement du bassin ». Voici son opinion : « L'hystérectomie vaginale, telle que nous la pratiquons dans le cancer utérin, doit être considérée comme une intervention qui condamne d'avance les résultats ; la récidive doit forcément apparaître plus ou moins rapide, suivant les sujets et les conditions opératoires. S'il est vrai qu'elle constitue, en fait, une opération radicale, parce qu'elle abrase l'utérus et ses annexes, en réalité ce n'est qu'une opération palliative dirigée contre le cancer, et ses résultats ne lui donnent aucun avantage sur d'autres opérations palliatives moins radicales ».

Le système lymphatique est pris et aucune opération qui n'enlève pas tout le territoire lymphatique de l'organe atteint ne sera pas une opération radicale. « Est-il encore un chirurgien, qui, dans un cas de cancer du sein opérable, se contentera de l'exerèse de la tumeur, sans parfaire le plus minutieusement possible, en même temps l'évidement de l'aisselle ? La conduite doit-elle être différente dans le bassin ? Peut-on espérer un seul instant mettre une malade à l'abri de la récidive en se bornant à l'extirpation de la lésion mère ? Pour l'utérus comme pour le sein, dans le bassin comme dans les autres régions, toute tentative opératoire qui veut être radicale doit enlever l'organe primitivement atteint et tout le territoire lymphatique voisin. L'hystérectomie vaginale n'est pas à même de résoudre ce problème, une telle dis-

section n'est pratiquable que par la voie abdominale ».

Nous n'allons pas aussi loin que cet auteur et nous ne pensons pas que cet évidement du bassin soit suffisant pour éviter toute récidive. Lorsque les malades viennent consulter pour leur cancer, le mal est déjà étendu et le territoire lymphatique largement pris. Il faudrait pour faire une opération efficace et radicale dépister le mal à son origine, ce qu'on n'est jamais à même de faire. Sans vouloir faire de l'hystérectomie abdominale totale une opération radicale, nous estimons qu'elle sera utile toutes les fois qu'elle donnera une survie suffisante et épargnera aux femmes pendant ce temps les douleurs intolérables qu'elles enduraient avant l'opération.



## Résultats opératoires

Depuis Freund, en 1878, ce furent surtout les chirurgiens étrangers qui pratiquèrent cette opération. Nous empruntons à M. Picqué (1) la statistique suivante :

1878. — Freund : 10 cas, 7 morts; 70 p. 100;
1881. — Freund : 10 cas, 4 morts; 40 p. 100;
1890. — Hoffmeier : 1 cas;
1891. — Gusserow : 4 cas, 3 morts; 75 p. 100;
1892. — Zweifel : 8 cas, 2 morts; 25 p. 100;
1892. — Von Rosthorn (de Prague) : 1 guérison;
1894. — Brose (de Berlin) : 1 cas ;
1894. — Czempin (de Berlin) : 1 cas, mort.
1894. — Czempin : 2 guérisons.
1895. — Léopold : 8 cas, 7 morts; 80 p. 100 ;
1895. — Clark : 10 cas, pas de décès ;
1896. — Schauta : 10 cas, 7 morts ; 70 p. 100;
1897. — Kustmer (de Berlin) : 20 cas, 4 morts; 20 p. 100;

(1) Société de chirurgie, séance du 28 décembre 1898.

De 1893 à 1898. — Freund : 20 cas, 4 morts ; 20 p. 100 ;

1897. — Wisselinck (de Breslau) : 8 cas, 1 mort ; 12,8 p. 100 ;

1898. — Terrier : 9 cas, 2 morts ; 22 p. 100 ;

1898. — Reynier : 8 cas, 2 morts ;

1898. — Pantaloni (de Marseille) : 8 cas, 2 morts ;

1898. — Faure (de Paris) : 3 cas, 3 succès ;

1898. — Jacobs (de Bruxelles) : 11 cas, 1 mort ;

1898. — Jonnesco : 6 cas, 3 morts.

En 1899, M. Hartmann publie trois cas avec trois succès (1).

Nous ajoutons à cette statistique les douze cas de M. Monprofit qui se répartissent ainsi :

1895. — Un cas, un succès ;

1897. — Trois cas, une mort ;

1898. — Cinq cas, cinq succès ;

1899. — Trois cas, trois succès.

Comme on le voit, cette statistique donne encore une mortalité très élevée. Cependant, il est à remarquer que la mortalité diminue progressivement, et si on compare la mortalité en 1898 à celle des premières années, on trouve que de 70 p. 100 en 1878, de 40 p. 100 en 1881, elle est tombée en 1898 à 22 p. 100.

Pour le même opérateur, la progression est encore plus forte. Freund, en 1878, dans ses pre-

(1) Annales de gynécologie et d'obstétrique. Avril 1899.

mières opérations, avait une mortalité de 70 p. 100, tandis que de 1893 à 1898, sur 20 cas, il n'a que 4 décès, ce qui fait une mortalité de 20 p. 100.

En France, jusqu'à ce jour, les statistiques ne sont pas mauvaises ; la plus importante est celle de M. Terrier qui, sur une série de 9 opérations, n'a que deux décès ; en 1896, il avait eu un seul cas couronné de succès ; en 1897, 4 nouveaux cas et 4 succès ; en 1898, il eut deux insuccès. M. Faure, sur trois cas, a eu trois succès, et M. Reynier n'a eu que deux décès sur 8 cas.

Sur les douze cas de M. Monprofit publiés à la fin de ce travail il n'y a qu'un seul décès et plusieurs malades sont encore bien portantes un an et plus après l'opération.

D'ailleurs l'hystérectomie vaginale ne donnait pas, jusqu'à ces dernières années des statistiques bien séduisantes.

D'après Brose (1) la statistique de Schrœder en 1884 accusait une mortalité de 62 p. 100, celle de Fehling 50 p. 100 ; Gusserow n'était pas plus heureux ayant 71 p. 100 de mortalité en 1886 et 75 p. 100 en 1891.

D'ailleurs l'hystérectomie abdominale totale est une opération à ses débuts ; il n'y a pas assez long-

(1) Picqué. — Société de chirurgie. Séance du 28 décembre 1898.

temps qu'on la pratique et il n'y a encore qu'une minorité de chirurgiens qui se soient engagés dans cette voie ; il n'est donc pas étonnant que les statistiques portant sur un trop petit nombre de cas accusent une mortalité plus grande.

A mesure que les opérateurs se familiariseront avec ce procédé opératoire, à mesure qu''ils s'apercevront des avantages qu'elle procure le nombre des opérations augmentera considérablement et chaque chirurgien apportant à la technique des perfectionnements nouveaux nous ne doutons pas que le taux de la mortalité s'abaissera de plus en plus.



# OBSERVATIONS

## OBSERVATION I (Inédite)

Sarcôme de l'utérus. — Hystérectomie vagino-abdominale.

Madame K..., âgée de 45 ans, entre à l'hôtel-Dieu d'Angers, le 1er octobre 1895.

Cette femme réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans l'a toujours été régulièrement depuis cette époque.

Elle a eu 5 grossesses ; trois enfants vivants, deux morts. Le deuxième accouchement s'est accompagné d'une hémorragie grave et suivi d'une fièvre septique ayant duré quatre mois.

A l'âge de 43 ans les règles deviennent plus abondantes sans toutefois être douloureuses. Depuis 6 mois les douleurs se produisent au moment des règles et se prolongent même dans les jours suivants ; entre les époques les douleurs sont moins vives. La malade s'affaiblit de jour en jour.

Il y a un mois se produisit une métrorrhagie

très abondante durant 9 jours et accompagné de douleurs très vives. Cette métrorrhagie fut suivie d'un écoulement de pus et de sanie infecte, écoulement qui persiste jusqu'à l'entrée de la femme à l'hôpital.

A l'examen on trouve par le palper que l'utérus est volumineux et atteint le volume d'une tête d'enfant de 2 ans. Au toucher on trouve le col largement ouvert et laissant échapper en abondance une sanie fétide.

On se décide à opérer la malade et on la désinfecte le plus possible par des injections vaginales profondes et instillations de teinture d'iode dans le col.

Intervention le 15 octobre.

Anesthésie au chloroforme.

La malade étant placée dans la position gynécologique on place des valves sur les parois antérieures et postérieures du vagin et on attire l'utérus à l'aide d'une pince à griffes.

On pratique alors une incision circulaire du col et on effondre les culs-de-sac. On place deux pinces sur les ligaments larges ; la pince droite embrasse tout entier le ligament large correspondant, mais la pince gauche ne peut être poussée à fond.

On fait un tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

La malade est alors placée dans la position horizontale et on pratique la laparatomie.

Incision de 14 centimètres partant du pubis.

Après ouverture du péritoine, on arrive sur la tumeur dure et rougeâtre. Les doigts sont à la recherche des pinces vaginales et les pinces abdomi-

nales sont très facilement placées de façon à isoler complètement l'utérus.

On pratique alors l'incision des ligaments larges des deux côtés en dedans des pinces. On lie les pédicules à la soie par transfixion avec l'aiguille de Reverdin.

On enlève alors les pinces et on fait basculer l'utérus dont le col est soigneusement recouvert d'une compresse aseptique pendant tout son passage dans l'abdomen.

Les fils des ligatures des pédicules sont laissés longs de manière à amener instantanément sous les yeux par le vagin la surface de section des ligaments.

Après enlèvement des pinces il se produit une hémorrhagie due à l'utérine gauche qui avait échappé aux pinces, se trouvant entre la pince vaginale et la pince abdominale ; on en fait la ligature.

On fait alors la toilette du petit bassin, puis on passe une mèche de gaze iodoformée qu'on fait sortir par le vagin.

Suture à trois étages.

Pansement abdominal et vulvaire.

Les pinces vaginales sont enlevées le troisième jour.

Les suites opératoires sont complètement aseptiques. Les fils sont enlevés le 26 ; la plaie est en parfait état. La malade est cependant atteinte d'une phlébite de la jambe gauche mais sans fièvre ; la température ne dépasse pas 38°.

*Examen de la pièce.* — Sarcôme de l'utérus.

## OBSERVATION II (inédite)

### Cancer de l'utérus. — Hystérectomie abdominale totale.

Madame F..., âgée de 38 ans, exerçant la profession de couturière, entre à l'hôpital le 28 avril 1897. Depuis un an elle avait de la dysmenorrhée, des pertes de sang continuelles avec douleur à l'hypogastre s'irradiant dans les cuisses et à la région lombaire.

Cette femme avait été réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans et depuis l'avait toujours été régulièrement. Les règles étaient abondantes avec une légère leucorrhée et très douloureuses au début.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels cette femme a eu le croup à l'âge de 3 ans, la scarlatine à l'âge de 4 ans et une gastralgie à 20 ans. Elle n'a pas eu de grossesse.

Au mois de novembre 1896 les perte de sang devenant continuelles et les douleurs augmentant la malade fut obligée de s'aliter. L'état général est cependant resté assez bon, il n'y a pas de constipation ni de troubles urinaires.

En examinant la malade par le toucher on trouve le col petit, cylindrique, de consistance normale placé très en avant sous la symphise pubienne ; son orifice est étroit et circulaire.

Le cul de sac antérieur et les culs de sacs latéraux sont libres.

L'utérus étant en rétroflexion on trouve dans le cul de sac postérieur le fond de l'utérus sous forme d'une tumeur nettement séparée du col par un sillon assez profond, beaucoup plus gros qu'à l'état normal et douloureux à la pression.

Intervention le 6 mai 1897.

Anesthésie au chloroforme.

Lavage de la paroi abdominale à l'alcool et au sublimé.

Incision de la peau du tissu cellulaire sous-cutané sur la ligne médiane de l'ombilic à quelques centimètres du pubis. Incision et ouverture du péritoine. On place alors la malade dans la position de Trendelemburg et on refoule à l'aide de compresses aseptiques les intestins du côté du diaphragme. La valve Montprofit est alors placée à l'extrémité pubienne de l'incision pour écarter les bords de la plaie, donner du jour et économiser un aide.

L'utérus est amené au dehors ; on place deux pinces à pédicules sur chacun des ligaments larges et on les coupe entre les pinces. Deux demi-collerettes péritonéales sont tracées au bistouri, une sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure de l'utérus et sont décollées le plus loin possible. On place alors des pinces hémostatiques sur l'étage inférieur des ligaments larges qui sont sectionnés en dedans de ces pinces. L'insertion du vagin sur le col est alors sectionnée en commençant par le cul de sac postérieur et l'utérus est enlevé.

On ferme le vagin en réunissant par des points

séparés à la soie fine les deux demi-collerettes péritonéales. On fait la ligature des ligaments larges à l'aide de fils de soie forte.

Toilette de la cavité péritonéale.

Suture du péritoine à la soie par points séparés.

Suture de l'aponévrose des muscles droits.

Suture de la peau par un surjet à la soie.

La malade étant placée alors dans la position gynécologique on fait la toilette du vagin et le tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 8 mai on enlève le tampon vaginal.

Le 13 mai on enlève les fils.

La température reste aux environs de 37° pendant toutes les suites opératoires et la malade sort guérie le 29 mai.

*Examen de la pièce.* — Utérus volumineux : carcinôme végétant de la cavité utérine occupant le fond et les deux parois antérieure et postérieure.

Les annexes étaient indemnes.

Nous avons pu grâce à l'obligeance du Docteur Joüon médecin de cette malade, avoir des renseignements sur elle. Revue au mois d'Avril 1899 il n'y avait pas trace de récidive et la malade est en excellente santé, se livrant sans fatigue ni douleur à ses occupations habituelles.

## OBSERVATION III (Inédite)

### Carcinôme utérin et vaginal. — Hystérectomie abdominale totale

Madame G.... agée de 53 ans entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 25 mai 1897 pour des hémorragies abondantes et de violentes douleurs dans les fosses iliaques.

Cette femme avait été règlée pour la première fois à l'âge de 17 ans ; depuis elle l'a toujours été régulièrement. Elle a fait quatre grossesses à 20 ans 22 ans, 27 ans et 32 ans ; les grossesses n'ont rien présenté d'anormal non plus que les accouchements sauf le dernier qui a été suivi d'une abondante hémorragie. Ménopause à 43 ans.

Depuis le mois de novembre 1896 cette femme se sent plus faible et au commencement de février 1897 elle est prise subitement la nuit d'une hémorragie très abondante avec expulsion de caillots. L'hémorragie fût arrêtée par un tamponnement mais depuis cette époque les pertes de sang furent continuelles et s'accompagnèrent d'une abondante leucorrhée.

La malade n'a plus d'appétit, son état général devient moins bon ; elle est habituellement constipée, la défécation est douloureuse ; elle a de plus parfois de la rétention d'urine. Elle a de violentes douleurs dans les fosses iliaques principalement la gauche ; ces douleurs gênent considérablement la malade et lui rendent impossible la marche et le travail.

En examinant la femme par le toucher on constate que le col est largement ouvert et rempli de végétations qui existent également à la surface et sont très saignantes. Les culs-de-sac vaginaux sont envahis également. L'utérus est mobile et le volume est normal.

Intervention le 31 mai 1897.

Anesthésie au chloroforme.

La malade ayant été placée sur une table d'opération inclinée à 45° on fait, apres antisepsie du champ opératoire, la laparatomie médiane de l'ombilic au pubis.

Le péritoine est ouvert et l'utérus attiré avec une pince. On place des pinces à pédicule sur les ligaments larges et on les sectionne en dedans des pinces.

La valve Monprofit est alors appliquée pour écarter les lèvres de la plaie et l'intestin est refoulé du côté du diaphragme.

On trace au bistouri deux demi-collerettes péritonéales l'une sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure de l'utérus ; on les décolle ensuite avec les doigts.

On sectionne alors l'étage inférieur du ligament large droit après avoir placé une pince sur l'artère utérine. On ouvre le cul-de-sac antérieur et on désinserre le vagin de l'utérus en terminant par la section de l'étage inférieur du ligament large gauche après application d'une pince longuette.

L'utérus est enlevé.

On lie séparément chaque étage de chacun des ligaments larges.

On suture les collerettes péritonéales par des

points séparés de soie fine et on fait la toilette du péritoine.

Le vagin n'est pas fermé.

On referme l'abdomen par trois plans de suture ; celle du péritoine est faite à la soie fine à points séparés, ainsi que les muscles et aponévroses ; la peau est réunie par un surjet.

Pansement.

La malade étant alors placée dans la position gynécologique on fait l'assechement du vagin, une injection de sublimé et un tamponnement à la gaze iodoformée.

Pansement vulvaire avec bandage en T.

Les suites opératoires sont très bonnes.

Les fils sont enlevés le 7 juin : la réunion est immédiate.

La température de la malade est normale.

Le 20 juin, la malade sort guérie ; les hémorragies et les douleurs ont complètement disparu.

*Examen de la pièce.* — Carcinome du col de l'utérus s'étendant quelque peu aux culs de sac vaginaux.

Grâce à l'obligeance du Docteur Rivaud, médecin de cette malade, nous avons pu savoir que le cancer recidiva et qu'elle mourrût le 13 août 1898.

## OBSERVATION IV (inédite)

### Sarcôme de l'utérus. — Hystérectomie vagino-abdominale

Madame P..., Rose, exerçant la profession de lingère, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, le 9 novembre 1897.

Cette femme, âgée de 52 ans, avait été réglée pour la première fois à 13 ans et depuis l'a été régulièrement. Elle a eu trois grossesses suivies d'accouchements normaux à 28 ans, 30 ans et 32 ans. Ménopause à 46 ans.

Depuis quinze mois environ, elle perd continuellement du sang. Ces pertes, peu abondantes pendant le jour, s'accompagnent de douleurs lorsque la malade travaille.

La malade prétend avoir maigri un peu et avoir moins d'appétit ; cependant, son état général semblait assez bon jusqu'au mois de septembre 1897.

A partir de ce moment surviennent des douleurs lombaires s'irradiant dans la jambe droite et faisant boîter la malade, qui s'amaigrit et dont le teint devient jaunâtre.

A l'examen, la palpation, douloureuse, révèle une légère augmentation de volume de l'utérus. Par le toucher, on trouve un col un peu ramolli, les culs-de-sac vaginaux libres. Le cul-de-sac postérieur est légèrement douloureux à la pression.

Intervention le 15 novembre 1897.

Anesthésie au chloroforme.

La malade étant placée en position gynécologique, on attire l'utérus avec une pince et on incise le pourtour du col à un centimètre de son ouverture ; on décolle la muqueuse le plus haut possible.

On place alors la malade dans la position horizontale et on pratique la laparotomie. La malade étant inclinée à 45°, on fait l'hystérectomie abdominale totale comme dans les observations précédentes.

Après hémostase et toilette péritonéale, on fait la suture du vagin par des points séparés à la soie ; on suture ensuite le péritoine par des points séparés à la soie fine. On referme alors la paroi abdominale par trois plans de sutures à la soie : les deux premiers par des points séparés, la peau par un surjet.

On fait un tamponnement vaginal.

Le soir de l'opération on fait une injection de 500 centimètres cubes de sérum et autant le lendemain 16 novembre. Ces deux jours la température vespérale atteignit 39° mais s'abaisse les jours suivants pour ne plus remonter.

Le 17, on enlève le tamponnement vaginal.

Jusqu'au 20, la malade eut de légères coliques.

Le 23, on enlève les fils ; les douleurs abdominales ont presque disparu.

Le 26, plus de douleurs.

Le 1er décembre, la malade va bien et sort le 2 décembre 1897.

*Examen de la pièce.* — Sarcôme du corps de l'utérus.

## OBSERVATION V (inédite)

Cancer de l'utérus.—Hystérectomie abdominale totale

Madame Marie P..., âgée de 53 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 14 mai 1898, souffrant de coliques très vives s'irradiant vers les cuisses et dans la région lombaire.

Cette femme fut réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans et depuis cette époque le fut toujours régulièrement. Mariée à 25 ans, elle eut deux grossesses normales se terminant par deux accouchements normaux. A l'âge de 50 ans, ménopause. Pendant les trois années qui suivirent elle eut chaque année pendant trois semaines environ des pertes de sang.

Il y a huit mois une hémorrhagie considérable se produisit ; elle s'accompagnait de l'écoulement d'un liquide épais et jaunâtre d'odeur infecte. Depuis lors les pertes de sang ainsi que l'écoulement de liquide sanieux ont continué sans relâche.

Depuis trois mois de vives douleurs sont apparues dans le ventre ; elles apparaissent à intervalles assez rapprochés occupant le bas-ventre et de là s'irradiant vers les cuisses et la région lombaire. La malade est généralement constipée.

A l'examen on trouve par la palpation le fond de l'utérus au niveau de l'ombilic. Au toucher on constate que le col est ouvert et permet l'introduction du doigt.

Intervention le 20 mai 1898.

Anesthésie au chloroforme.

Lavage de la paroi abdominale à l'alcool et au sublimé.

On pratique une incision médiane de l'ombilic au pubis divisant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose des muscles droits. On incise alors le péritoine.

La malade est inclinée à 45° et l'utérus est saisi avec des pinces à griffes et attiré hors de l'abdomen, après avoir refoulé à l'aide de compresses aseptiques la masse intestinale vers le diaphragme.

Des pinces à pédicule sont placées sur les ligaments larges qui sont incisés après ligature.

Le péritoine ayant été incisé et décortiqué tout autour du col, les culs de sac vaginaux sont incisés et l'utérus extrait de la cavité abdominale.

La valve Montprofit ayant préalablement été placée sur l'extrémité pubienne de l'incision, de façon à en écarter largement les lèvres, on suture le vagin à l'aide de points séparés ; on suture de la même manière les deux lèvres péritonéales et on fait la toilette du petit bassin.

La malade étant replacée dans la position horizontale on ferme la plaie abdominale par trois plans de sutures ; le péritoine et l'aponévrose à points séparés, le tissu cellulaire et la peau par un surjet, le tout à la soie.

On fait le pansement et on pratique une injection de 500 centimètres cubes de sérum.

La malade étant placée dans la position obstétricale on fait le tamponnement du vagin.

Dans la soirée, la malade se plaint de vives douleurs abdominales et est très altérée ; on lui fait une piqûre de morphine.

Le 21 mai les douleurs abdominales continuent, mais la malade ne vomit pas.

Le 22 mai on lui administre une purgation ainsi que deux lavements simples sans résultat. La malade rejette seulement des matières liquides et noirâtres. Les tampons vaginaux sont enlevés.

Le 23 mai la malade se met à vomir sans interruption. Le pouls est très rapide quoique la température n'augmente pas. On lui administre encore une purgation et un lavement purgatif sans résultat.

La malade meurt à une heure le jour même.

*Examen de la pièce.* — Cancer du corps et du col de l'utérus.

## OBSERVATION VI (inédite)

### Cancer du col de l'utérus. Hystérectomie abdominale totale

Madame G..., âgée de 57 ans, exerçant la profession de domestique, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 2 juin 1898.

Cette femme réglée pour la première fois à 20 ans, se marie à l'âge de 33 ans. A 34 ans elle a une grossesse normale terminée par un accouchement normal.

A 53 ans ménopause.

Depuis deux ans cette femme s'est aperçue qu'elle perdait beaucoup d'un liquide jaunâtre mélangé de sang et d'odeur fétide ; elle n'a cependant jamais éprouvé de douleurs.

A l'examen de la malade l'inspection et le palper ne révèlent rien d'anormal : au toucher on trouve le col gros et le doigt qui le pratique ramène un peu de liquide fétide.

Intervention le 6 juin 1898.

Anesthésie au chloroforme.

On pratique l'hystérectomie abdominale totale telle qu'elle est décrite dans l'observation précédente.

Le soir, on fait une injection de 500 centimètres cubes de sérum.

La nuit n'est pas bonne ; la malade souffre de vives douleurs abdominales et vomit un liquide jaunâtre.

Les jours suivants cependant, l'état de la malade s'améliore.

Le 11 juin, son état est bon.

Le 14 juin, on enlève les fils et le 2 juillet, la malade sort guérie.

*Examen de la pièce.* — L'utérus paraît sain extérieurement. En l'ouvrant, on constate un épithélioma du corps de l'utérus.

Grâce à l'obligeance du docteur Royer, qui a revu la malade au mois d'avril 1899, nous savons qu'elle se porte bien, marche et travaille sans fatigue depuis l'intervention.

## OBSERVATION VII (Inédite)

### Cancer du col de l'utérus. — Hystérectomie abdominale totale

Madame V..., âgée de 51 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, le 22 mars 1898.

Cette femme a été réglée pour la première fois à l'âge de 11 ans et depuis l'a toujours été régulièrement.

Depuis deux ans la malade a des pertes blanches légèrement teintées de sang ; ces pertes ont augmenté depuis six mois sans cependant qu'il y ait de douleurs.

A l'examen de la malade on trouve au toucher le col de l'utérus abaissé et augmenté de volume ; la lèvre antérieure est dure, à bords irréguliers, la lèvre postérieure est de consistance normale.

Intervention le 28 mars 1898.

Anesthésie au chloroforme.

On pratique l'hystérectomie totale par la voie abdominale sans toucher au vagin.

Il n'y eut aucun trouble à la suite de l'opération ; ni hémorrhagie, ni douleur.

Le 9 avril on enlève les fils.

Le 12 avril la malade commence à se lever et sort guérie le 17 avril 1898.

*Examen de la pièce.* — Epithélioma du col de l'utérus.

## OBSERVATION VIII (inédite)

### Cancer de l'utérus. — Hystérectomie abdominale totale

Madame C..., âgée de 53 ans, entre à l'Hôtel Dieu d'Angers, le 4 juin 1898.

Réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans, elle se marie à 28 ans. Ménopause à 47 ans.

Depuis le mois de mai 1898, la malade perd constamment un liquide épais et jaunâtre d'odeur infecte, auquel sont mêlés des caillots de sang noirâtre. Toutefois, la malade n'a jamais beaucoup souffert ; elle ressent seulement de temps à autre quelques coliques.

Quoique la malade ait conservé un très bon appétit et ne vomisse jamais, elle a maigri cependant depuis un an.

A l'examen, les ganglions inguinaux sont volumineux. Au toucher, le col est gros et friable ; si on y combine le palper, on constate que le corps de l'utérus est volumineux.

Intervention le 11 juin 1898.

Anesthésie au chloroforme.

Après antisepsie du champ opératoire, la malade est placée dans la position de Trendelemburg et on pratique l'hystérectomie abdominale totale.

*Examen de la pièce.* — Extérieurement l'utérus paraît sain quoique très augmenté de volume. On

trouve dans sa cavité et insérée sur la paroi postérieure une masse carcinomateuse en voie de dégénérescence et d'odeur fétide.

Le soir la malade va aussi bien que possible ; elle n'a pas vomi et la température est à 37°.

Le 12 juin l'état excellent de la veille se maintient ainsi que le 13 juin.

Le 15 juin on enlève le tamponnement vaginal.

La malade continue à s'améliorer les jours suivants et sort guérie le 27 juin.

## OBSERVATION IX (inédite)

Cancer de l'utérus. — Hystérectomie abdominale totale..

Madame C... Amélie, âgée de 42 ans, exerçant la profession de ménagère entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 30 août 1898.

Cette femme fût règlée à 16 ans et depuis cette époque le fût toujours régulièrement. Elle se marie à 28 ans et eut deux grossesses normales terminées par deux accouchements normaux.

Depuis deux mois environ elle ressent des douleurs assez vives dans l'abdomen, douleurs qui augmentent sous l'influence de la marche et du travail. Elle perd constamment du sang depuis cette époque et a eu une abondante hémorragie au mois de juillet. Depuis un an elle a d'abondantes pertes blanches.

Il n'existe chez elle ni vomissements, ni constipation, la miction seule est douloureuse.

A l'examen, le ventre est douloureux à la pression surtout dans les régions inguinales. L'utérus ne semble pas augmenté de volume. Au toucher on trouve le col largement ouvert, présentant sur sa lèvre antérieure, une tumeur molle et friable dont le doigt ramène des parcelles, ne présentant pas d'odeur spéciale. Les culs-de-sac vaginaux sont libres et non douloureux, sauf le postérieur qui l'est légèrement. Au speculum on aperçoit le col ulcéré et saignant.

Intervention le 22 septembre 1898.

Anésthesie au chloroforme.

La malade étant placée dans la position obstétricale on libère l'utérus en défonçant les culs-de-sac vaginaux.

On met alors la femme dans la position horizontale puis inclinée à 45° et on pratique l'hystérectomie abdominale totale.

On ferme le vagin par un surjet.

Après hémostase et toilette du petit bassin on referme l'abdomen par un triple surjet.

On fait un tamponnement vaginal.

Le soir la malade va bien et ne se plaint nullement ainsi que toute la journée du lendemain.

Le 24 on retire le tamponnement vaginal.

L'état de la malade s'améliore de plus en plus les jours suivants et la malade sort guérie le 8 octobre 1898.

*Examen de la pièce.* — Epithélioma du col de l'utérus.

La malade revue au mois d'avril 1899 se porte très bien ; il n'y a pas de récidive.

## OBSERVATION X (inédite)

Cancer de l'utérus. Hystérectomie vagino abdominale

Madame Madeleine B..., âgée de 55 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 6 avril 1889.

Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée pour la première fois à l'âge de treize ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis.

Mariée à 28 ans, elle eut deux grossesses l'une à 28 ans, l'autre à 36 ans, terminées par deux acéouchements normaux.

Depuis quelque temps elle n'est pour ainsi dire plus réglée ; elle perd continuellement un liquide tantôt rouge, tantôt blanc, tantôt purulent. Ce liquide est fétide, mais la malade n'a jamais éprouvé aucune douleur.

C'est dans ces conditions et sur les conseils de son médecin qu'elle se décide à entrer à l'hôpital.

Son état général est bon ; quoiqu'elle ait maigri son appétit est conservé et de plus elle ne ressent aucune douleur.

A l'examen par le toucher vaginal on trouve un col gros présentant à son centre une partie ulcérée, ramollie, friable. Les culs-de-sac paraissent absolument libres et l'utérus est mobile. Le doigt qui pratique le toucher se charge d'un liquide d'odeur fétide.

La malade est préparée pour une intervention.

On fait une injection vaginale avec nettoyage complet à l'aide de tampons montés sur une pince à pansement. Le col est soigneusement tamponné et on y introduit un petit tampon de coton hydrophyle imbibé de gaiacol maintenu en place par un tamponnement à la gaze iodoformée. Le lendemain on enlève les tampons et on donne les mêmes soins les jours suivants.

Intervention le 10 Avril 1899.

Anesthésie à l'éther.

La malade étant d'abord placée dans la position gynécologique on désinfecte une dernière fois le vagin par une injection puis deux valves étant placées l'une sur la paroi antérieure l'autre sur la paroi postérieure du vagin on les fait maintenir et on attire le col de l'utérus le plus possible à la vulve avec une pince à griffes.

A l'aide d'un long bistouri on sectionne circulairement le col et on décolle la muqueuse le plus loin possible. On ferme alors le col à l'aide de deux points de suture à la soie.

Une seconde injection est donnée et on tamponne le vagin.

Le chirurgien et ses aides s'étant alors de nouveau soigneusement aseptisés on replace la malade dans la position horizontale.

L'incision abdominale est pratiquée sur la ligne médiane de l'ombilic au pubis ; on ouvre ensuite la gaîne du muscle droit du côté droit et on incise le péritoine.

On place la malade dans la position de Trende-

lemburg et on refoule les intestins à l'aide de grandes compresses aseptiques du côté du diaphragme ; on place à l'extrémité pubienne de l'incision la valve abdomino-vaginale de M. Monprofit.

Saisissant l'utérus à l'aide d'une pince à griffes on l'attire le plus possible hors de l'abdomen et on se dispose à le libérer de ses attaches. Pour cela après avoir placé une pince sur l'artère utéro-ovarienne du côté droit on coupe l'étage supérieur du ligament large et on incise de même l'étage moyen après avoir mis une pince sur l'artère du ligament rond. On aperçoit alors l'utérine à la base, on y place une pince et on la sectionne.

Le même procédé est appliqué pour le ligament large gauche.

On trace alors la demi-collerette péritonéale antérieure et on la décolle le plus haut possible en séparant l'utérus de la vessie. On trace ensuite la demi-collerette péritonéale postérieure.

A ce moment l'utérus très friable au niveau de son tiers inférieur se rompt à cet endroit laissant le col qu'on entoure de compresses pour éviter autant que possible la propagation des matières cancéreuses. On ouvre alors les culs de sac vaginaux et on termine l'extraction.

On fait la ligature à la soie des artères des ligaments larges.

On ne suture pas le vagin et on place trois points à la soie fine pour réunir les deux collerettes péritonéales.

Après avoir fait une toilette minutieuse du petit bassin et s'être assuré de l'hémostase on replace la malade dans la position horizontale.

On suture le péritoine par un surjet à la soie fine; le plan musculaire par des points séparés; la peau et le tissu cellulaire par des points séparés au crin de Florence.

On fait ensuite un tamponnement vaginal.

*Examen de la pièce.* — Epithélioma du tiers inférieur de l'utérus.

La malade supporte très bien le choc opératoire elle n'a ni abattement, ni vomissements dans la journée. On enlève le tamponnement vaginal le lendemain. Les jours suivants la malade est en excellent état.

On enlève les fils le huitième jour; la cicatrice est régulière et non douloureuse.

Elle est sortie guérie le 18 avril 1899.

Nous avons vu la malade avant son départ, elle ne souffrait plus, l'appétit était excellent. A l'examen au spéculum, la cicatrice vaginale était très nette et de très bon aspect.

## OBSERVATION XI (inédite)

### Cancer de l'utérus. — Hystérectomie vagino-abdominale

Madame B..., Clémentine, âgée de 47 ans, entre à l'Hôtel Dieu d'Angers, le 28 avril 1899.

Cette femme, bien réglée jusqu'à l'âge de 46 ans,

voit à cette époque ses règles disparaître pendant trois mois. Puis des hémorrhagies assez abondantes se produisent tous les mois et dans leur intervalle, la malade perd constamment d'un liquide légèrement teinté. La malade éprouve des douleurs qui, légères au début, s'accroissent de plus en plus. Elle a de plus beaucoup maigri.

A l'examen de la malade, le toucher révèle un col fongueux, ulcéré, friable et disparu en partie. Les culs-de-sac antérieurs et latéraux sont libres ; le cul-de-sac postérieur est légèrement envahi. On constate en combinant le palper au toucher que l'utérus est mobile.

On prépare la malade en vue de l'intervention ; on lui donne des injections vaginales antiseptiques et après chaque injection on fait un tamponnement à la gaze iodoformée.

*Intervention le 2 mai 1899.*

Le vagin est de nouveau soigneusement lavé. On attire le col avec une pince à griffes et on pratique sur ce dernier une incision circulaire. On place alors dans cette incision deux pinces tire balles une de chaque côté du col.

La malade étant placée dans la position horizontale on fait la laparatomie.

Après avoir coupé les ligaments larges de chaque côté et après avoir décollé le péritoine en avant et en arrière on fait pousser par un aide les deux pinces placées par le vagin. Cette manœuvre indique au chirurgien l'endroit où il doit ouvrir le cul-de-sac vaginal. L'utérus est alors séparé du vagin et enlevé.

On ferme le vagin et le péritoine après toilette du petit bassin.

On lie les artères et on ferme l'abdomen.

On fait un tamponnement vaginal.

Le 4 mai on enlève ce tamponnement.

Le 10 mai on enlève les fils, la cicatrice est normale.

Dans la suite l'état général de la malade s'améliore de plus en plus et elle quitte l'hôpital le 20 mai complètement guérie.

*Examen de la pièce.* — Epithélioma du col.

## OBSERVATION XII

Cancer utérin. — Hytérectomie abdominale totale (Inédite)

Madame X..,; âgée de 60 ans, 2 grossesses a eu la ménopause à l'âge de 46 ans. Depuis six mois, la santé générale s'est altérée, et un écoulement sanguin a reparu; un examen au spéculum a été fait à ce moment, et le médecin traitant a constaté à l'orifice du col de petites végétations rougeâtres qu'il a plusieurs fois cautérisé. Comme elles reparaissaient plus volumineuses après les cautérisations et qu'un écoulement odorant commença à se manifester; il adresse la malade à M. Monprofit.

On fit le diagnostic d'épithelioma intra-cervical et on pratiqua l'hystérectomie abdominale totale.

*Manœuvres vaginales.* — Désinfection habituelle. La muqueuse vaginale fut incisisée circulairement autour du col à environ un centimètre de distance. La paroi vaginale étant incisée aussi complètement que possible, aucune manœuvre ne fut faire pour décoller la matrice ni en avant ni en arrière.

*Quatre pinces tire-balles furent fixées dans l'incision vaginale*; en avant, en arrière, à droite et à gauche, et laissées en place.

*Manœuvres abdominales.*

Plan incliné, incision de la paroi abdominale; mise en place de la valve abdomino-vaginale, section des ligaments larges après pincement des artères; dissection d'un lambeau péritonéal en avant; et décollement de la vessie aussi bas que possible.

Un aide fait alors saillir la pince antérieure et très facilement la paroi vaginale est incisée ; on passe ainsi aux autres pinces et le vagin est sectionné tout alentour avec la plus grande facilité. Ligature des deux utérines.

Pas de suture vaginale, deux points seulement sur le péritoine.

Fermeture du ventre selon le procédé habituel ; tamponnement vaginal.

Suites aussi simples que possible ; apyrexie absolue. Après 48 heures, ablation du tampon vaginal ; au bout d'une semaine, ablation de sutures de la plaie abdominale réunie. La malade se lève deux semaines après son opération.

*Examen de la pièce.* — Epithélioma végétant de la cavité du col et du corps de l'utérus.

# CONCLUSIONS

Les statistiques précédentes portant sur une période de vingt années, démontrent nettement la progression décroissante de la mortalité à mesure que le procédé opératoire s'est perfectionné.

L'hystérectomie abdominale totale nous paraît donc devoir être dans l'avenir l'opération de choix :

1° Dans les cancers du col, toutes les fois que ce dernier sera friable et n'offrira pas aux pinces par le vagin une prise suffisante.

2° Dans les cancers du corps toutes les fois que l'ablation de la tumeur paraîtra possible.

Vu : le président de la thèse :
TERRIER.

Vu le doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

# BIBLIOGRAPHIE

*Atkinson.* — A case of abdominal hysterectomy for malignant disease, (Lancet London 1897).

*Amodei.* — Histerectoma cesarea totale vagino-abdominale per carcinoma, (Rassegna d'ostet. e. génèc., Naples 1897).

*Clay.* — On the traetment of cancer, (Lancet 1880.

*Engehmam.* — Primary cancer of the corpus uteri, diagnostic and treatment, Freund's opération and the scoop, (St-Louis, Courrier of médicine, 1881).

*Fraipont.* — Du traitement opératoire du cancer utérin, (Réveil Médical 1881).

*Hartmann.* — Annales de gynécologie et d'obstetrique, avril 1899.

*Jacobs.* — Fibrômes interstitiels multiples, cancer du corps, (Bulletin de la Société Belge de gynécol. et obst., Bruxelles 1896).

— De l'ablation utéro-annexielle par la voie abdominale. (Annales de la Société Belge de chirurgie, Bruxelles, 1897-1898).

— La voie abdominale dans le cancer utérin. (Bulletin de la Société Belge de gynécologie et obstétrique, Bruxelles, 1897).

— Ablation génitale abdominale et évidement du bassin dans le cancer utérin. (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, Paris, 1898).

— Cure radicale du cancer utérin par la voie abdominale. (Bulletin de la Société Belge de gyn. et obst., Bruxelles, 1898).

*Jackson.* — On unsuccessful case of extirpation of the cancerous uterus by Freund's method. (West Medical Report, Chicago, 1882).

*Jaccoud.* — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, article utérus.

*Kutsmer.* — Freund's operation bei Krebs. (Verhandl. d. deutsch. Gesillsch. f. Gyn., Leipsig. 1897).

*Monprofit.* — Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs de l'utérus. (Congrès de Chirurgie, 1897).

*Mackenrodt.* — Zur technik der total extirpation bei carcinom. (Zeitcher. f. Geburtsch. n. Gynakol, Stuttgard, (1895).

— De l'ablation de l'utérus carcinomateux par la voie abdominale. (VII^e congrès de la Société Allemande de Gynécologie, Leipsig, 1897).

*Ostrom.* — Medical Tîmes, 1897.

*Picqué.* — Sur trois cas de cancer utérin traités

par l'Hystérectomie abd. totale. (Bull. et mém. soc. Chirurgic., Paris, 1898).

*Péan.* — Clinique Chirurgicale, 1883.

*Polaillon.* — Quelques considérations sur le traitement du cancer de l'utérus. (Ann. de Gynécologie, Paris, 1882).

*Pichevin.* — Semaine.Gynécologique, Paris 1898.

*Pietzzikowski.* — Weit ausgebreitctes carcinom des cervix uteri. Total extirpation des uterus durch. Laparotomie (Prag. med. Woch., 1881).

*Quénu.* — Cancer de l'utérus traité par l'hyst. abd. totale. (Bull. et mém. Soc. Chirurgic., Paris, 1898).

*Reïn.* — Cas de guérison radicale du cancer de l'utérus par l'opération de Freund (Vratch.Saint-Pétersbourg, 1888)

*Régnier.* — Hystérectomie abdominale totale pour cancer utérin (Semaine gyn. Paris, 1898).

*Solovuff.* — Extirpation complète de l'utérus atteint de dégénérescence cancéreuse par la méthode de Freund (Archives de toxicologie, Paris 1880).

*Tauffer.* — Excision of uterus by Frund's method for cancer (Orvosi hetil. Budapesth 1882).

*Terrier.* — De l'hystérectomie abdominale totale et partielle (supra vaginale). (Congrès de chirurgie, 1897),

*Velpeau.* — Traité de médecine opératoire.

Paris. — JOUVE et BOYER, imprimeurs, 15, rue Racine.